

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولينا الشمالية  
قسم الخدمات الاجتماعية

نموذج الإبلاغ عن التغييرات

الاسم:

العنوان:

التاريخ:

رقم الحالة:

عزيزي:

التغييرات التي يتعين عليك الإبلاغ عنها:

1. يجب عليك الإبلاغ فقط عندما يتجاوز دخلك الحد الأقصى لإجمالي الدخل لحجم أسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية. تبلغ حجم أسرتك \_\_\_\_\_ (انظر جدول حدود الدخل ومساحة العمل على الجهة الخلفية من النموذج). اتصل بالموظف المسؤول عن حالتك إذا ساورتك أسئلة أو احتجت إلى مساعدة.

إذا تجاوز إجمالي الدخل الخاص بأسرتك في برنامج خدمات الطعام والتغذية (قبل تطبيق الاستقطاعات والضرائب) المبلغ المبين في الجدول، يتعين عليك الإبلاغ عن التغيير. أضف كافة مصادر الدخل للحصول على إجمالي قيمة الدخل الشهري (الأجور، معونة الأسر "العمل أولاً"، نفقة الطفل، دخل الضمان التكميلي، إعانات البطالة، الضمان الاجتماعي، إعانات المحاربين القدامى، دفعات العجز، دخل أفراد الأسرة الجدد، وغير ذلك)

عندما يوجد لديك تغيير في الدخل، استخدم الجدول المبين على الجهة الخلفية لترى ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً لمزايا برنامج خدمات الطعام والتغذية. وإذا تجاوز إجمالي الدخل الشهري لأسرتك في برنامج خدمات الطعام والتغذية المبلغ المسموح به لعدد الأفراد المتضمنين في حالتك في برنامج خدمات الطعام والتغذية، فاتصل بالموظف المسؤول عن حالتك قبل انقضاء اليوم العاشر من الشهر التالي للشهر الذي زاد فيه الدخل.

ويجب الإبلاغ عن أي تغيير في المعلومات المقدمة في الطلب يقع بعد المقابلة (ولكن قبل استلام لإخطار الأهلية) قبل انقضاء اليوم العاشر من الشهر التالي لشهر استلام إخطار الأهلية.

ليس مطلوباً منك في هذا الوقت الإبلاغ عن التغييرات في الدخل حتى إعادة اعتمادك التالي.

2. إذا تضمنت أسرتك المشتركة في برنامج خدمات الطعام والتغذية شخصاً بالغاً قوي البنية دون معالين (ABAWD)، فإنه يتعين عليك الإبلاغ إذا ما تم تخفيض عدد ساعات العمل الخاصة بالشخص البالغ القوي البنية إلى أقل من 80 ساعة في الشهر.

3. إذا كنت غير مسجل للتصويت حيث تعيش الآن، فهل ترغب  في التقدم للتسجيل للتصويت هنا اليوم؟  نعم  لا

إذا لم تختَر أيّاً من المربعين، فسوف يتم اعتبارك قد قررت ألا تسجل للتصويت في الوقت الحالي.

الإبلاغ عن التغييرات بواسطة الاتصال بنا على: \_\_\_\_\_ . يجوز لأي شخص يعرف بشأن التغيير الإبلاغ عنه نيابة عنك إذا لم تستطع أداء ذلك.

ملاحظة: سوف يسمح لنا الإبلاغ عن أي تغيير في العنوان بإرسال الخطابات و/ أو الإخطارات على عنوانك الصحيح.

إذا لم تصرح بالحقيقة حول التغييرات التي حدثت في أسرتك، فقد يتوجب عليك رد إعانات خدمات الطعام والتغذية التي تتلقاها. قد تعد أيضاً غير مؤهل لاستلام إعانات خدمات الطعام والتغذية لمدة 12 شهراً أو 24 شهراً أو دائماً وقد يتم فرض غرامة عليك، أو سجنك، أو تخضع لكليهما.

تقبلوا فائق التحية والاحترام،

استخدم هذا الجدول لتحديد ما إذا كان دخل أسرتك مرتفعًا للغاية بالنسبة لك بما يمنعك من الاستمرار في استلام إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية:

#### الحد الأقصى للدخل

عدد أفراد الأسرة:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1265 دولار	1705 دولار	2144 دولار	2584 دولار	3024 دولار	3464 دولار	3904 دولار	4344 دولار	4784 دولار	5224 دولار

ملاحظة: إذا كان هناك ما يزيد عن عشرة (10) أفراد في الأسرة، فأضف مبلغًا يتراوح بين 440 دولارًا أمريكيًا و5224 دولارًا أمريكيًا لكل فرد.

استخدم مساحة العمل هذه لإضافة كامل الدخل من كافة المصادر (الأجور - قبل الضرائب والاستقطاعات، معونة الأسر "العمل أولاً"، ونفقة الطفل، ودخل الضمان التكميلي، وإعانات البطالة، والضمان الاجتماعي وإعانات المحاربين القدامى، ودفعات العجز، وغير ذلك).

نوع الدخل	الشهر الأول	الشهر الثاني	الشهر الثالث	الشهر الرابع
الأجور	\$	\$	\$	\$
معونة الأسر "العمل أولاً"	\$	\$	\$	\$
نفقة الطفل	\$	\$	\$	\$
رقم الضمان الاجتماعي	\$	\$	\$	\$
إعانات المحاربين القدامى	\$	\$	\$	\$
الضمان الاجتماعي	\$	\$	\$	\$
أخرى	\$	\$	\$	\$
إجمالي	\$	\$	\$	\$

قارن إجمالي مبلغ الدخل الشهري لأسرتك في برنامج خدمات الطعام والتغذية مع حدود الدخل

لحجم أسرتك في برنامج خدمات الطعام والتغذية. إذا كان إجمالي الدخل يتجاوز الحد الأقصى لحد الدخل بالنسبة لحجم أسرتك في برنامج خدمات الطعام والتغذية، فاتصل بالموظف المسؤول عن حالتك لمناقشة إجراء تغيير. إذا لم تكن متأكدًا أو ساورت أسئلة، فاتصل بالموظف المسؤول عن حالتك للحصول على مساعدة. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة العملاء في إدارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-662-7030 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة.

أدرك عقوبة إخفاء أو تقديم معلومات زائفة. إذا انتهكت أيًا من القواعد عن عمد، فقد لا تتمكن من الحصول على أي إعانة أخرى من برنامج خدمات الطعام والتغذية بصفة دائمة، وقد تتكبد غرامة تصل إلى 250 ألف دولار أمريكي أو تتعرض للسجن لمدة تصل إلى عشرين عامًا أو كليهما. وقد لا تتأهل أيضًا للحصول على خدمات الطعام والتغذية لمدة 18 شهرًا إضافيًا إذا أمرت المحكمة بذلك.

أدرك أيضًا أنني سوف أدين بقيمة أي إعانات إضافية استلمتها من برنامج خدمات الطعام والتغذية وقد يتم إقصائي إذا لم أبلغ عن أي تغيير يطرأ في الدخل بأسرتي قد يتسبب في عدم الأهلية. أوافق على إثبات أي تغييرات أبلغ عنها إذا طلبت ذلك. إجاباتي الواردة في هذا النموذج صحيحة وكاملة على حد علمي. سوف نستخدم إجاباتك الواردة في هذا النموذج لنرى ما إذا كانت إعانات أسرتك سوف تتغير.

كل إجراءات التأهل مدعومة تمامًا بموجب سياسات برنامج خدمات الطعام والتغذية. لا تؤثر الحدود الزمنية للبرامج الأخرى أو متطلباتها على مزاياك في برنامج خدمات الطعام والتغذية. ولا يجوز حرمان أسرتك من المساعدات الغذائية بسبب حرمانها من مزايا برامج أخرى. قبل أن نقوم بتخفيض إعاناتك أو إنهاؤها، سوف نرسل لك إخطاراً يوضح الذي سوف يحدث. إذا زادت إعاناتك، فسوف نرسل لك إخطاراً عندما نقوم بالتغيير. إذا لم توافق على قرارنا، يمكنك عقد جلسة استماع عادلة. سوف يقرر المسؤول عن جلسة الاستماع ما إذا كنت على حق.

أدرك أن توقيعك يفوض المسؤولين الفيدراليين، ومسؤولي الولاية، والمسؤولين المحليين بالاتصال بأشخاص آخرين أو منظمات أخرى للتحقق من صحة المعلومات التي قدمتها.

توقيعك:	رقم الهاتف:	تاريخ اليوم:
---------	-------------	--------------

#### لمعونة المؤقتة للأسر الفقيرة الخدمات الممولة

للحصول على معلومات بخصوص مبادرة الوقاية من حمل المراهقين، اتصل بقسم الصحة المحلية الذي تتبعه. للحصول على معلومات بخصوص الخدمات المقدمة عن الزيجات الصحية، اتصل بقسم الخدمات الاجتماعية الإقليمي المحلي الذي تتبعه.

#### التسجيل للتصويت في كارولاينا الشمالية

تعد عملية التسجيل للتصويت سهلة في كارولاينا الشمالية. يستوجب قانون الولاية أن يتم تسجيل الناخبين قبل الانتخاب بمدة قوامها 25 يومًا. يستطيع قسم الخدمات الاجتماعية مساعدتك في الأعمال الورقية الخاصة بالتسجيل. إذا أردت التسجيل للتصويت في كارولاينا الشمالية، فاطلب من الموظف المسؤول عن حالتك نموذج تسجيل الناخب، وكذلك إذا احتجت مساعدة لمعاونتك في تعبئة النموذج. لن يؤثر التقدم للتسجيل للتصويت أو رفضه على مقدار المساعدة التي ستقدمها لك هذه الوكالة. إذا كنت ترغب في مساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل المصوت، فسوف نساعدك. يعود قرار طلب المساعدة أو قبولها إليك. يمكنك ملء نموذج الطلب بمفردك. إذا كنت تعتقد أن أحدًا قد تدخل في حقلك في التسجيل للتصويت أو حقلك في رفضه، أو حقلك في خصوصية قرار التسجيل أو طلب التسجيل للتصويت أو حقلك في اختيار حزبك السياسي أو التفضيلات السياسية الأخرى، يمكنك تقديم شكوى للجنة الانتخابات في ولاية كارولاينا الشمالية على صندوق بريد Raleigh NC 27611-7255، 27255 أو يمكنك الاتصال بالرقم المجاني 1-866-522-4723.